Ueber

multiple perforierende Sterkoralgeschwüre des Grimmdarms.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Jäger,
appr. Arzt aus Stuttgart.

München, 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen

Ueber

multiple perforierende Sterkoralgeschwüre des Grimmdarms.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

in der

gesamten Medizin

der

hohen medizinischen Fakultät

der

Kgl. Bayr. Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Gustav Jäger,
appr. Arzt aus Stuttgart.

München, 1898.
Kgl. Hofbuchdruckerei Kastner & Lossen.

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Meinem Vater.

Unter den geschwürigen Erkrankungen des Darms erregen diejenigen scheinbar primären Geschwürsbildungen an demselben, denen weder spezifische Krankheitserreger, noch physikalische oder chemische Einwirkungen zu Grunde liegen, unser besonderes Interesse, sowohl durch ihre Seltenheit, als auch durch ihre nur unsichere oder gänzlich unbekannte Aetiologie.

Die Geschwürsbildungen am Darme gehen fast ausnahmlos von der Darmschleimhaut aus. Nur selten kommen Ulcerationen zur Beobachtung, welche sich von aussen her zuerst auf der Darmserosa entwickeln und späterhin die übrigen Häute des Darmes in Mitleidenschaft ziehen. Ausserdem können Eiteransammlungen in der Peritonealhöhle, Verschwärungs- und Eiterungs-Prozesse an den dem Darm benachbarten Organen auf dem zuletzt genannten Wege Verschwärungen am Darm zu stande bringen. Es wird im folgenden nur von der ersten Art von Darmgeschwüren die Rede sein, denn sie allein stehen zu primären Erkrankungen des Darmtraktus in enger Beziehung.

Der Ursachen für Darmgeschwüre gibt es ausserordentlich viele. Was bis jetzt über die Aetiologie der Darmgeschwüre überhaupt bekannt ist, ist folgendes:

Zu einer gemeinsamen ätiologischen Gruppe sind zunächst alle jene Formen von Darmgeschwüren

zu zählen, welche ihre Entstehung dem Eindringen niederer Organismen verdanken. Zu diesen gehören die Geschwüre bei Abdominaltyphus, Tuberkulose, Milzbrand, Aktinomykose, Dysenterie und wohl auch bei Syphilis, obschon bei der zuletzt genannten Krankheit ein spezifischer Spaltpilz bisher noch nicht aufgefunden worden ist.

Nicht allzu selten hängen Darmgeschwüre mit vorausgegangenen Katarrhen auf der Schleimhaut zusammen und man spricht dann direkt von katarrhalischen Darmgeschwüren,

Peptische Darmgeschwüre sind solche, deren Entstehung man auf den verdauenden Einfluss des Magen-, in manchen Fällen vielleicht auch des Darm- und Pankreas-Saftes zurückführt.

Traumatische Darmgeschwüre entstehen dann, wenn die Darmschleimheit durch zu harte Kotmassen, durch Gallensteine oder durch unverdauliche harte Fremdkörper gereizt wird.

In manchen Fällen entwickeln sich auf der Darmschleimhaut Verschwärungen, wenn sich in ihr Amyloiddegeneration gebildet hat.

Weiter sind Darmgeschwüre durch Cirkulationsstörungen hervorgerufen und es können sowohl Embolieen, als auch Thrombosen der Darmgefässe Verschwärungsprozesse auf der Darmschleimhaut nach sich ziehen.

Als eine weitere Gruppe von Fällen ist diejenige zu erwähnen, welche aus einem Zerfall von Neubildungen hervorgehen. Dahin gehören ulcerierende Darmkrebse oder zerfallende Lymphome,

wie sie sich bei Leukämie und Pseudoleukämie auf der Darmschleimhaut bilden können.

Beizufügen ist noch die Gruppe der toxischen Darmgeschwüre, die bei Vergiftungen mit Säuren, Alkalien, Sublimat, Arsen und Brechweinstein auftreten, und als Anätzungen der Darmschleimhaut teils durch direkte Berührung mit derselben, teils durch Ausscheidung auf dieselbe, aufzufassen sind.

Ausserdem gibt es noch Fälle von Darmgeschwüren, welche sich keiner der im vorhergehenden aufgeführten Gruppen anfügen lassen, deren Aetiologie demnach nicht bekannt ist.

Ein Fall von multiplen perforierenden Darmgeschwüren ist vor einiger Zeit im pathologischen Institut in München zur Sektion gekommen. Seine Einfügung in die oben genannten ätiologisch bekannten Gruppen lässt sich nicht ohne weiteres bewerkstelligen. Ich lasse hier die Krankengeschichte und den Sektionsbericht dieses Falles folgen.

Krankengeschichte.

Dautmann, August, Pfründner.

Anamnese: Patient kam auf die chirurgische Abteilung des Krankenhauses l. d. J. im August 1896 wegen chronischer Arthritis, die besonders im linken Knie und Hüftgelenk etabliert war und in letzter Zeit so zugenommen hatte, dass Patient sich bei der vollkommenen Funktionsunfähigkeit des linken Beines nur noch mittelst zweier Krücken fortbewegen konnte.

Nach den Angaben des Patienten hat er sich früher schon öfters in Spitalbehandlung befunden

wegen derselben Krankheit, zuletzt war er in Haidhausen.

Ausser den Beschwerden im linken Beine und der Unfähigkeit zu gehen, die in letzter Zeit so zugenommen habe, dass Patient nicht mehr allein im stande sei, sich ausserhalb des Bettes zu bewegen, will Patient gesund sein.

Potatorium bis zu 4 Liter Bier zugestanden, Infektion negiert.

Status präsens: Kräftiger Mann von gutem Ernährungszustand, reichlichem Fettpolster.

Herz- und Lungenbefund normal.

Am linken Knie, sowie am Hüftgelenk findet sich eine bedeutende Schwellung, die speziell das Kniegelenk um etwa ein Drittel verbreitert, dabei sehr schmerzhaft ist und bei Bewegung deutliche Geräusche hören lässt. Auch das beträchtlich geschwellte Hüftgelenk lässt dieselben Geräusch erkennen bei Bewegung.

Behandlung.

Dieselbe war im allgemeinen symptomatisch; sie bestand in der ersten Zeit in der Applikation von Priessnitz'schen Umschlägen, die auch vorübergehend Verminderung der Schmerzen brachten, allein die Funktionsfähigkeit nicht besserten. Späterhin wurde eine Massagebehandlung eingeleitet, die jedoch keinerlei sichtbaren Erfolge aufwies, ebenso wie eine mehrwöchentliche intensive Fangokur nur ganz vorübergehend Erleichterung brachte.

Bis dahin waren Appetit und Stuhlgang ganz normal gewesen.

Etwa 14 Tage vor seinem Tode klagte Patient

zum ersten Male über Beschwerden (Stuhlverstopfung). Auf eine Dosis Rizinusöl erfolgte reichliche Stuhlentleerung. Ausserdem wurde die bis dahin gut ertragene gewöhnliche Kost insofern verändert, als Patient nur mehr wenig Brot und kein Gemüse mehr zu essen bekam.

Patient war zu der Zeit bereits vollkommen bettlägerig und konnte, hauptsächlich wegen der allzu grossen Schmerzen im linken Bein, selbst Lageveränderungen im Bett nicht ohne fremde Hilfe vornehmen. Von diesem Zeitpunkte ab ist spontane Stuhlentleerung überhaupt nicht wieder eingetreten.

Die objektive Untersuchung ergab ausser einem etwas meteoristischen Leib nichts besonderes, insbesondere keinerlei Druckempfindlichkeit des Abdomens.

Ebenso war sowohl Herz- als Lungen-Befund normal.

Im Urin kein Eiweiss und kein Zucker.

Bei einer Untersuchung des Rektum sind keinerlei Veränderungen aufzufinden.

Die habituelle Stuhlverstopfung wird mit hohen Einläufen bekämpft, welche jedesmal Erleichterung brachten.

Dieser Zustand hielt bis drei Tage vor dem Tode des Patienten an.

Am 7. Oktober 1897 verändert sich das Bild insofern, als der bis dahin normale Puls sich verschlechtert, eine geringe Druckempfindlichkeit der linken Seite in der Ileocökalgegend auftrat und der Meteorismus etwas stärker hervortrat.

Auch jetzt ergab die genaue Untersuchung des Abdomens, die infolge des Meteorismus nicht ganz

leicht war, keinerlei Abnormität, insbesondere liess sich nirgends ein Tumor durchfühlen.

Die Diät war in letzterer Zeit eine flüssige, ausserdem erhielt Patient Kampher.

Die subjektiven Beschwerden, die hauptsächlich durch den Meteorismus bedingt waren, haben nach einem Einlauf, dem reichliche Stuhlentleerung folgte, nachgelassen.

Am 9. Oktober hat sich der Zustand nicht wesentlich verändert, nur ist der Puls noch schlechter geworden. Die Druckempfindlichkeit ist auf der rechten Seite die gleiche, der Stuhl noch angehalten, aber auch jetzt kann noch kein Grund für die Fortdauer der Obstipation gefunden werden.

Da infolgedessen der Verdacht auf eine hochsitzende, das Darmlumen stikturierende Neubildung der ganzen Sachlage nach nahelag, so sollte ein operativer Eingriff gemacht werden, der jedoch wegen des zunehmenden Verfalls des Patienten unterblieben ist. Andern Tages erfolgte der Exitus letalis unter den Erscheinungen der Peritonitis und der Herzparalyse.

Sektionsbericht. [1])

Aeussere Besichtigung:

Augen: grau.

Haare: braun.

Haut: weiss.

Grosse männliche Leiche mit blassen Hautdecken, Thorax breit, Abdomen sehr stark kugelich aufgetrieben, Genitalien und untere Extremität etwas öde-

[1]) Sektions-Jonrnal Nr. 886, 1897.

matös, am linken Unterschenkel Schröpfkopfwunde. Totenstarre vorhanden, Fettpolster über Brust und Bauch ziemlich stark, durchschnittlich 2 cm dick. Bei Eröffnung des Leibes quellen die sehr stark mit Gas gefüllten Darmschlingen hervor. In der Gegend des linken Kolonkniees ist das Peritoneum getrübt, mit graurötlichem Fibrinbeschlag bedeckt. Die Darmwand ist hier an mehreren Stellen durchlöchert, aus dem Lumen des Darms entweicht hier unter starkem Druck stehend Gas, sowie etwas dünnflüssiger, schaumiger gelblichbrauner Kot.

In den abhängigen Teilen des Abdomens befindet sich etwa ein halbes Quart stark getrübter seröser Flüssigkeit, am grossen Netz ist das Peritoneum gleichfalls gerötet und mit einem noch sehr leicht abwischbaren Belag bedeckt. Einzelne Darmschlingen sind unter sich ganz leicht verklebt und mit einem ganz leichten Fibrinschaum bedeckt.

Leber und Magen sind ganz hinaufgedrängt.

Zwerchfellstand: Rechts 3. Interkostalraum.
Links 4. Interkostalraum.

Die Rippenknorpel sind stark verkalkt, der Herzbeutel liegt vier Finger breit vor, vorderes Mediastinum sehr fettreich. Rechte Lungen allseitig durch fibröse Schwarten adhärent; rechte Pleurahöhle leer. Linke Lunge nach abwärts stark adhärent; linke Pleurahöhle leer. Ebenso enthält der Herzbeutel keinen abnormen Inhalt.

Milz: Im Längendurchmesser etwas vergrössert, mit der Umgebung mehrfach verwachsen, von weicher, schlaffer Konsistenz, auf dem Durchschnitt ist die Pulpa schmutzig ziegelrot bis graurot, in reichlicher

Menge abstreifbar, das Gerüst dazwischen stark vortretend, Follikel nicht erkennbar, Gefässdurchschnitte glatt.

Magen: Derselbe enthält ziemlich reichliche Mengen von schmutzig bräunlichem Speisebrei, sowie zahlreich Kerne; die Schleimhaut ist zum grössten Teil kadaverös erweicht, stellenweise bis auf die Muskularis an den erhaltenen Stellen bleigrau und dünn.

Leber: Dieselbe ist ziemlich klein und zeigt zahlreiche, offenbar von den geblähten Darmabschnitten herrührende Impressionen. Die Kapsel ist glänzend und durchsichtig. Das Organ schneidet sich rauh, Schnittfläche etwas fettglänzend, azinöse Zeichnung verwaschen, undeutlich, Blutgehalt sehr gering, Konsistenz vermindert, brüchig. Die Gallenblase enthält ca. ein Esslöffel voll mahagonibraune Galle.

Darm: Die Wendung des unteren Ileum und Dickdarms schneidet sich sehr morsch, das Colon enthält grosse Mengen breiigen Kotes, Schleimhaut diffus succulent, von gelbgrauer Farbe ohne irgend welche Substanzverluste, auch die blassgraue Klappenschleimhaut ist intakt. Unmittelbar unterhalb der Klappe befindet sich ein an der hinteren Wand gelegener, mehr als markstückgrosser Substanzverlust, durch die Mukosa bis auf die Muskularis durchgreifend; an dessen Grund dünnflüssiger, gallig tingierter Kot. Im Kopfe des Cöcum mehrfache bis über Fünf-Markstück grosse kreisrunde ganz scharfrandige Perforationen, alle Darmwände durchsetzend. Die umgebende Schleimhaut ist ebenfalls mit sehr vielen Defekten besetzt und an vielen Stellen bis auf die Muskularis durchbrochen. Der Anfangsteil des Dickdarms ist sehr stark erweitert; in

demselben befinden sich mehrfache längsgestellte bis zu 6 cm lange, 2—3 cm breite, stellenweise bis fast auf die Serosa reichende Substanzverluste, die von einem feinen, grauweisslichem Netzwerk, bestehend aus übrig gebliebenen Schleimhautresten, durchzogen sind. Die Follikel in dieser Gegend sind dunkel pigmentiert, in ihrer Umgebung vereinzelte Blutaustritte. Im übrigen ist die Schleimhaut zwischen den ausgedehnten Defekten äusserst blass, glatt und dünn. Der Wurmfortsatz ist ebenfalls etwas erweitert und enthält ausser etwas breiigem Kot acht Stück unveränderte Apfelkerne.

Harnapparat: Beide Nieren sind von sehr ansehnlichen Kapseln umhüllt; die fibröse Kapsel ist sehr leicht abziehbar und durchsichtig, das Organ beiderseits verkleinert, etwas unhöckerig granuliert und daneben von narbigen Einziehungen furchenförmig durchzogen. An der linken Niere befinden sich einige Cysten. Auf dem Durchschnitt erscheint das Parenchym geschwunden, Mark und Rinde sehr verschmälert, in den Bertini'schen Säulen ist das Gewebe blutreich, die Markkapsel verkürzt, abgestumpft und von radiären, sich hart anfühlenden Streifen durchzogen, Gefässe auf dem Durchschnitt etwas klaffend, ihre Wandungen diffus verdickt; das Nierenbecken, sehr fettreich, ist nicht erweitert.

Organe der Respiration: Linke Lunge ziemlich gross, Gewicht vermehrt, über dem Unterlappen, den Verwachsungen entsprechend, ist die Pleura zerrissen und von zahlreichen Ecchymosen durchsetzt. Ueber dem Oberlappen ist dieselbe ganz glatt. Der Oberlappen schneidet sich weich und knisternd, die

Schnittfläche ist dunkelrot, Blutgehalt mässig, Luftgehalt gehörig; keinerlei Einlagerungen in demselben. Der Unterlappen, im ganzen von derber Konsistenz, schneidet sich etwas zäh, das Gewebe ist daselbst etwas stärker durchfeuchtet, als im Oberlappen; der Luftgehalt ist leicht reduziert, doch nirgends aufgehoben, in den hinteren Partien einige haselnussgrosse Bezirke, in denen die Reduktion des Luftgehaltes weiter vorgeschritten ist. Das Gewebe ist von braunroter Farbe. Die Schleimhaut der grossen Bronchien ist stark gerötet, ohne Belag. Die grossen Arterienstämme sind leer.

Rechte Lunge ist fast allseitig von derben Bindegewebsschwarten umgeben, beim Einschneiden deutlich knisternd, das Parenchym etwas dunkler als linkerseits, weich, gut lufthaltig, ohne weitere Einlagerungen. Der Unterlappen ist gleichfalls ziemlich dunkel und blutreich. Der Luftgehalt ist etwas reduziert, besonders in den scharfen Rändern. Das Gewebe ist etwas zusammengepresst, der Luftgehalt daselbst beträchtlich vermindert. Bronchien wie linkerseits.

Organe der Cirkulation:

Herz: Das subepikardiale Fett ist reichlich entwickelt, das Epikard getrübt, namentlich an der Rückseite des linken Ventrikels mit leicht abwischbarem fibrinösen Schleim bedeckt und vielfach mit dunklen Ecchymosen durchsetzt. Der rechte Ventrikel ist etwas dilatiert und enthält reichlich Speckgerinnsel. Die Muskulatur desselben ist blass, gelbbraun, ziemlich stark von Fett durchwuchert, das Endokard glatt und durchsichtig, Pulmonalklappen frei beweglich, ohne

Auflagerungen, Vorhof gleichfalls dilatiert, im Herzohr reichlich Kruor und Speckgerinnsel.

Der linke Ventrikel ist von geringerem Umfang, mit sehr schlaffer, brüchiger, blassbrauner Muskulatur. Aortenklappen livide, ihre Ansatzlininie etwas verdickt. Im Anfangsteile der Aorta Substanzverluste mit perlmutterartigem Belag bedeckt. Schliessrand der Mitralklappe ganz wenig knotig verdickt, beide Klappensegel retrahiert, Herzohr leer, Coronargefässe zeigen reichlich gelbliche Einlagerungen in der Intima.

Masse des Herzens:

Linker Ventrikel:	Höhe	7,5 cm,
	Dicke	1,4 „
	Aortenumfang	7,2 „
	Mitralis	9,8 „
Rechter Ventrikel:	Höhe	8,0 „
	Dicke	0,2 „
	Pulmonalis	8,0 „

Nervensystem:

Dura mater mit Tabula vitrea in ganzer Ausdehnung sehr innig verwachsen, im Längsblutleiter etwas flüssiges Blut. Die weichen Häute in der Konvexität im allgemeinen durchsichtig und leicht getrübt. Ueber dem linken Hinterhauptslappen kleine, 20-pfennigstückgrosse Blutung.

Die Windungen sind sehr schmal atrophisch, die Furchen tief. An der Basis sind die weichen Häute ganz glatt, durchscheinend, beide Carotiden auf dem Durchschnitt stark klaffend, ohne abnormen Inhalt. Im übrigen in den Windungen derbe fibrinöse Einlagerungen. Auf der Schnittfläche sind im Centrum semiovale zahlreiche Blutpunkte sichtbar. Die graue

Rinde ist nicht besonders deutlich abgesetzt, beide Seitenventrikel und namentlich der dritte Ventrikel etwas erweitert. Das Ependym ist vollkommen glatt, in den Ventrikeln befinden sich sehr geringe Mengen Flüssigkeit. Auch der vierte Ventrikel ist etwas, namentlich in den seitlichen Partien etwas dilatiert. Im rechtsseitigen Nucleus lentiformis nahe der Capsula externa eine fast erbsengrosse Höhle mit rostfarbigem, dünnflüssigem Inhalt gefüllt. Im übrigen sind auf der Basis keine abnormen Einlagerungen. Die Zeichnung der basalen Ganglien ist deutlich, Kleinhirn von ziemlich weicher Konsistenz.

Die Zeichnung der grauen Substanz ist gut erkennbar, am Boden der Brücke gerade in der Mittellinie befindet sich eine leicht bräunlich verfärbte Blutung, ebenso am Uebergang der Brücke in das verlängerte Mark eine zweite hanfkorngrosse Blutung.

Kniegelenk:

Die Knorpelüberzüge im linken Kniegelenk sind vollkommen glatt und glänzend und intakt, die Gelenkhöhle mit klarer Synovia gefüllt.

Masse und Gewicht:

Länge	159 cm	Körpergewicht	81 kg,
Gehirn	1208 g	Leber	1740 g
Linke Lunge	525 gr	Milz	100 „
Rechte „	550 „	Linke Niere	240 „
Herz	450 „	Rechte Niere	

Ein ähnlicher Fall ist von Prof. Dr. Grawitz in Greifswald veröffentlicht worden. Es handelt sich um eine 59 Jahre alte, an Carcinoma mammae operierte Frau, bei der sich bei der Sektion eine eigentümliche

Nekrose im Dickdarm fand. Der Leib war in den letzten Lebenstagen aufgetrieben und auf Druck etwas empfindlich gewesen, es hatte eine leichte Diarrhoe mit Entleerung von schleimartigem Darminhalt bestanden. Bei der Eröffnung fand sich besonders der Dickdarm stark durch Gas aufgetrieben, die Serosa durchweg glatt, grauweiss; abgesehen von einigen an der Leberoberfläche sichtbaren Krebsmetastasen erschien das Peritoneum ganz normal. Bei genauerem Zusehen dagegen fand sich das Colon descendens in etwas ungewöhnlicher Lage, da es von der linken Regio hypochondriaca, anstatt nach abwärts zum Becken zu verlaufen, nochmals eine dem Colon transversum parallel nach rechts verlaufende Schlinge bildete, welche sich dann erst von rechts her nach unten in das S-Romanum fortsetzte. Ganz nahe dieser abnormen, in der Milzgegend gelegenen Knickungsstelle sah man nun einige der kleinen Fettanhänge mit der Darmserosa verklebt, die Serosa selbst liess einen 1 cm breiten, um die ganze Schlinge herumlaufenden gelblichen Ring erkennen, in dessen Umgebung ein Saum punktförmiger Blutungen die Serosa durchsetzte. Etwa 15 cm von dieser Stelle entfernt deutete eine kleinere Gruppe frischer Hämorrhagieen einen zweiten ähnlichen Erkrankungsherd an, bei welchem aber nichts von einer opaken gelben (Eiter-) Infiltration durchschimmerte. Diesen beiden Stellen entsprechend fand sich nun in der Schleimhaut eine schmutzig graubraune Verfärbung, trübe Beschaffenheit und eine Schwellung, welche die offenbar abgestorbenen Schleimhautinseln etwa 3 mm über die Nachbarschaft erhaben erscheinen liess. An der ersten Stelle war die Nekrose ganz

cirkulär, sie entsprach einer der hervorragenden Querfalten des Colon, hier bestand in der Tiefe eine Eiterung, beim Aufgiessen von Wasser löste sich der Schorf am Rande und Grunde ein wenig von dem angrenzenden Gewebe ab. Die zweite Nekrose war mehr rundlich von Markstückgrösse; hier war noch keine dissecierende Entzündung zu bemerken.

Die Ursache dieser ringförmigen Schorfbildung war unschwer festzustellen. Von den gewöhnlichen Verschorfungen von Dickdarmfalten, wie sie bei Dysenterie und Quecksilbervergiftung vorkommen, konnte ohne weiteres abgesehen werden, da im ganzen Dickdarm nichts von Hyperämie oder den sonstigen Begleiterscheinungen und Vorstadien der Darmdiphterie vorhanden war. Es fand sich aber an beiden Stellen eingedickter Kot und auch weiter abwärts Skybala, so dass der Befund den im Cöcum und im Wurmfortsatz so häufigen Nekrosen gleichzustellen ist, welche durch Druck von stagnierendem Inhalt auf die Schleimhaut entstehen, wobei die Falten besonders betroffen werden, und vielleicht auch die Atonie des Darmes ihren Anteil hat.

Professor Grawitz fährt nun fort: „Das Bemerkenswerteste des Falles liegt nun darin, dass wir sehr selten in die Lage kommen, solchen cirkulären Dekubitus in diesem ersten Anfangsstadium zu diagnostizieren, dass wir dagegen zuweilen granulierende Geschwüre oder noch häufiger ringförmige Strikturen antreffen, welche eng und fest sind, aber trotz aller Mühe der Untersuchung nichts mehr über ihre erste Entstehung ermitteln lassen. Mir ist aus Berlin ein Fall in Erinnerung, welcher einen Banquier betraf, der

Jahre hindurch an Darmstenose behandelt worden war und nach unendlichen Qualen an Peritonitis geendet hatte. Ich fand damals in der Flexur des Dickdarms eine enge, ringförmige Einschnürung, welche für Carcinom gehalten war, aber mir nur als einfache Narbe erschien. Als ich dies bei der Sektion äusserte, wurde mir entgegengehalten, dass eine solche ringförmige Narbe anders als durch ein Carcinom nicht zu stande kommen könnte, und dass ich sicherlich bei mikroskopischer Untersuchung den Krebs würde nachweisen können. Trotz besten Willens gelang mir dieser Nachweis nicht und ich habe seitdem mehrfach solche einfach narbigen Einschnürungen im Dickdarm gesehen, welche weder durch partielle Darmeinklemmung noch Umschlingung um strangförmige Adhäsionen erklärt werden konnten. Der vorliegende Fall liefert den Schlüssel dazu und ich halte es nicht für unmöglich, dass ähnliche Fälle, welche im Stadium üppiger Granulationswucherung oder im Beginn der Narbenbildung zur Sektion gekommen sind, gelegentlich dem Kapitel der syphilitischen Darmgeschwüre eingefügt sein mögen."

Aus der Krankengeschichte des im hiesigen pathologischen Institut zur Sektion gekommenen Falles erhellt, dass der schon seit anderthalb Jahren bettlägerige Patient an einer hochgradigen hartnäckigen Obstipation gelitten hat, deren Ursache wahrscheinlich in einer Atonie des Darmes zu suchen ist. Genaueren Aufschluss hierüber gibt die Krankengeschichte nicht. Infolge dieser Obstipation kam es zu Koprostase, die durch die hohen Einläufe bekämpft wurde. Die letzteren haben jedenfalls nur teilweisen Erfolg gehabt,

denn bei der Sektion fanden sich im Colon grosse Massen breiigen Kotes. Durch den massenhaften stagnierenden Kot wurde nun einerseits ein fortwährender Reiz auf die Darmschleimhaut ausgeübt, der zur Geschwürsbildung führte, andererseits ein fortwährender Druck auf die atonische Darmwandung, der zur Erweiterung und Atrophie des Cöcum und Colon Veranlassung gab. Dadurch, dass nun die Geschwürsbildung immer mehr in die Tiefe griff, wobei die einzelnen Geschwüre konfluierten, kam es schliesslich zur Perforation und Bildung so grosser Defekte. So hätten hier zwei ätiologische Momente zusammengewirkt: einerseits der Druck, andererseits der chronische Reiz. Dass es sich nicht blos um Drucknekrosen, sondern auch um Darmgeschwüre katarrhalischen Ursprungs handelt, zeigt das Aussehen der nicht zur Perforation gekommenen Geschwüre. Dieselben sind dem Sektionsbericht zufolge von einem feinen grauweisslichen Netzwerk, bestehend aus übrig gebliebenen Schleimhautresten, durchzogen. Dies entspricht dem Aussehen und dem Entwicklungsmodus der katarrhalischen Geschwüre: die ursprünglich rundlichen Geschwüre wandeln sich später durch Zusammenfliessen in grössere unregelmässige Geschwüre um, welche einen nicht unbeträchtlichen Umfang erreichen können. Während dieses Verschmelzungsvorganges bleiben nicht selten auf dem gemeinschaftlich gewordenen Geschwürsgrunde Inseln von Schleimhautgewebe stehen und oft schieben sich auch vom Geschwürsrande her lange schmale Streifen von Schleimhautgewebe gegen die Mitte des Geschwürs vor.

Eine Anzahl ähnlicher Fälle ist ausserdem in den

Inauguraldissertationen von Jakob Betzner aus Köln und Alois Argus aus Ludwigshafen a./Rh. veröffentlicht worden, deren Aetiologie gleichfalls nicht festzustellen ist. Als hervorstechendes Symptom ist bei diesen Fällen der Darmkatarrh anzusprechen, der auch in dem dieser Arbeit zu Grunde liegenden Falle eine Rolle gespielt zu haben scheint.

Am Schlusse dieser Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. Bollinger für die gütige Ueberlassung des Stoffes und die liebenswürdige Uebernahme des Referats, Herrn Privatdozent Dr. Dürck für freundlich erteilte Ratschläge meinen aufrichtigsten Dank auszusprechen.

Litteratur.

Real-Encyklopädie der gesamten Heilkunde von Prof. Dr. Albert Eulenburg. Wien und Leipzig 1895.

Deutsche medizinische Wochenschrift. Jahrgang 1890, Nr. 30.

Pathologie und Therapie der Krankheiten des Darms von Dr. Th. Rosenheim. Wien und Leipzig 1893.

Zur Kenntnis der ulcerösen Darmaffektion, Inauguraldissertation von Jakob Betzner aus Köln.

Mitteilungen über einen Fall von chronischer Kolitis mit nachgefolgtem Tode durch Perforationsperitonitis. Inauguraldissertation von Alois Argus aus Ludwigshafen a. Rh.